

## Medikamentengabe bei Maßnahmen der Evang. Ferienwaldheime

Name des Kindes:

Vorname:

Geburtstag:

Gruppe:

Betreuer\*innen:

### Medikamente und Dosierung

| Name des Medikaments    | Name des Medikaments    | Name des Medikaments    |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1.                      | 2.                      | 3.                      |
|                         |                         |                         |
| <b>Morgens</b> Uhrzeit: | <b>Morgens</b> Uhrzeit: | <b>Morgens</b> Uhrzeit: |
| Dosierung:              | Dosierung:              | Dosierung:              |
|                         |                         |                         |
| <b>Mittags</b> Uhrzeit: | <b>Mittags</b> Uhrzeit: | <b>Mittags</b> Uhrzeit: |
| Dosierung:              | Dosierung:              | Dosierung:              |
|                         |                         |                         |
| <b>Abends</b> Uhrzeit:  | <b>Abends</b> Uhrzeit:  | <b>Abends</b> Uhrzeit:  |
| Dosierung               | Dosierung               | Dosierung               |
|                         |                         |                         |

### Ermächtigung zur Medikamentengabe

Hiermit ermächtige/n ich/wir

\_\_\_\_\_  
Name der Eltern / Sorgeberechtigten

das Evangelische Ferienwaldheim

und deren Leiter-(Betreuer\*innen

\_\_\_\_\_  
1. Person Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
2. Person Name, Vorname

meinem/unserm Kind

die o. g. Medikamente zu den gegebenen Zeiten zu verabreichen.

Für Rücksprachen/Absprachen bin ich während der Ferienwaldheimzeit wie folgt **mobil erreichbar**:

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten: